DISSERTATION

N° 53.

SUR

LA BRONCHITE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 avril 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR HONORÉ PAYRAUDEAU, du Luc,

Département de la Vendée.

Etsi tussis plus molestiæ quàm periculi secum ferre videatur, neglecta tamen in peripneumoniam aliumve morbum chronicum abire, et hâc ratione immedicabilem phthisim aut hecticam causari potest. STORCK, *præcepta medico-practica.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / LAENNEC. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Maisonnabe.
Breschet.	Moreau.
Capuron.	Murat.
Chomel.	Parent du Chatelet.
Cloquet aîné.	Pavet de Courteille.
Coutanceau.	Ratheau.
De Lens.	Richard.
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Rullier.
Gérardin, *Examinateur.*	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.
Kergaradec, *Suppléant.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MERE.

Silentium facundius verbis.

H. PAYRAUDEAU.

DISSERTATION

SUR

LA BRONCHITE.

Définition, étymologie et considérations générales.

La bronchite est l'inflammation d'une partie plus ou moins étendue de la membrane muqueuse des bronches. Cette maladie, produite, selon les anciens, par des humeurs qu'ils faisaient descendre du cerveau sur la poitrine, reçut successivement des noms différens, les uns bizarres, les autres n'en donnant qu'une idée fausse ou imparfaite. Les Grecs la désignaient par les mots κορυζα, καταῤῥόος, Celse et les Latins par celui de *destillatio*; Huxham et Sauvages la nommèrent *peripneumonia catarrhalis*; Sydenham, Selle, Boerhaave, *peripneumonia notha*; Fred. Hoffmann, *febris catarrhalis*; Stoll, *pleuritis humida*; dans les épidémies, elle portait généralement les noms de *grippe*, *follette*, *influenza*, etc.

Plus tard, les lumières de la physiologie et de l'anatomie pathologique servirent à fixer le siége et la nature de cette affection, que M. *Pinel* et les auteurs modernes désignèrent sous les noms de *catarrhe pulmonaire*, de *catarrhe bronchique*, de *rhume de poitrine*. Dans ces dernières années enfin, des classifications plus

rigoureuses ont fait adopter le mot *bronchite*, qui n'indique plus, comme celui de catarrhe, d'après son étymologie, *ρεω*, *je coule*, *κατα*, *en bas*, un phénomène secondaire dont l'existence n'est pas constante, mais l'état organique dont il est le résultat, c'est-à-dire l'*inflammation*. Je me servirai de ce nom, qui me permettra, j'espère, de rattacher aux nuances de cette phlegmasie quelques groupes de symptômes dont on a fait jusque dans ces derniers temps des maladies différentes, soit d'après les caractères de la toux et de la respiration, soit, d'après la nature des crachats ou la terminaison rapide par suffocation. Mais je dois préciser le sens que j'attache au mot *bronchite*, puisque tout récemment MM. *Andral* et *Blaud* ont avancé que la pneumonie n'était qu'une bronchite vésiculaire. Quelques probabilités que cette opinion réunisse en sa faveur, il est difficile de concevoir que les autres tissus qui entrent dans la composition du parenchyme pulmonaire ne soient pas enflammés, au moins consécutivement à la muqueuse, dans la pneumonie; dans la bronchite, au contraire, l'inflammation, moins profonde, est bornée à la membrane interne des canaux, sans pénétrer jusqu'aux vésicules.

Si l'on tient compte de toutes les nuances extrêmement variées de cette maladie, on verra qu'elle est tellement fréquente, que peu de personnes en sont exemptes dans le courant d'une année; un grand nombre en sont affectées à plusieurs reprises, surtout dans les contrées basses et humides, où elle est en quelque sorte endémique, et dans les saisons froides et pluvieuses, au printemps et en automne, par exemple, où les variations atmosphériques se font surtout remarquer. C'est dans de telles circonstances que se sont présentées ces épidémies qui ont exercé de si grands ravages dans certaines parties de l'Europe, et dont les tableaux ont été tracés par *Rivière*, *Bailliou*, *Forestus*, *Huxham*, *Sydenham*, *Fréd. Hoffmann*, *Lepecq-de-la-Clôture*.

Les principales différences que présente cette affection sont relatives à l'état aigu ou chronique, à l'étendue de l'inflammation, à la

formation des fausses membranes, à l'âge, au sexe, au tempérament du malade, etc.

La bronchite est-elle contagieuse? Quelques médecins l'avaient pensé d'après son apparition rapide chez un grand nombre de personnes; mais cette opinion n'a pas été justifiée par l'observation, et rien ne prouve qu'un individu soustrait, autant que possible, aux influences atmosphériques et autres causes de cette maladie l'ait contractée par l'inspiration de la vapeur exhalée des poumons du malade. Quoique le plus souvent légère et peu dangereuse, elle résiste cependant quelquefois opiniâtrément aux soins ordinaires, et traîne après elle des suites redoutables. C'est ainsi que les rhumes les plus simples, longtemps continués, exaspérés par un mauvais traitement, et souvent reproduits par les imprudences des malades, finissent par les entraîner au tombeau : *Morbus*, dit Huxham, *ni ex admisso gravi errore, rarò lethalis; quem tamen multi, vel ob ipsam ejus frequentiam, vel temerè spernentes, seras dedêre pœnas asthmatici, hectici, tabidi.*

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de la muqueuse pulmonaire enflammée n'est bien connue que depuis quelques années, et c'est à M. le professeur *Laennec* que l'on doit la plupart des découvertes sur ce sujet. Dans la nuance la plus légère, la membrane offre une rougeur plus ou moins vive à la partie inférieure de la trachée-artère, et dans quelques-unes des premières ramifications. Dans une bronchite violente, la rougeur s'étend aux divisions et subdivisions des troncs principaux, tantôt bornée aux bronches d'un seul lobe, le plus souvent du supérieur, tantôt à celles d'un poumon; elle envahit d'autrefois celles des deux en totalité, comme dans certains catarrhes suffocans. Souvent c'est une espèce d'injection fine qui dessine le trajet des capillaires dans la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux; il n'est pas rare de la voir sous forme de bandes ou plaques irrégulières, entre lesquelles la membrane est pâle; enfin, dans un grand nombre de cas, c'est une

rougeur uniforme, qui ordinairement diminue, et rarement augmente des grosses bronches vers les petites. La muqueuse offre une épaisseur un peu plus grande que dans l'état naturel, et cette tuméfaction est toujours plus considérable aux éperons situés aux points de division. La membrane est d'une sécheresse remarquable, ou recouverte d'une couche de mucus, tantôt filant et glaireux, tantôt visqueux et tenace. Quelquefois on ne trouve que des lambeaux mous et floconneux, peu adhérens, ou des concrétions blanches membraniformes. Dans certains cas, c'est une véritable fausse membrane qui n'occupe que les premières divisions bronchiques, et se termine insensiblement par un mucus d'une grande viscosité. Plus rarement enfin, des tubes membraneux existent jusque dans les dernières ramifications, comme j'en ai recueilli un exemple à l'Hôtel-Dieu, chez un jeune homme qui succomba au huitième jour d'une inflammation pseudo-membraneuse de toute la muqueuse aérienne. Toutes ces différences sont généralement en rapport avec l'intensité de l'inflammation, et la rougeur est plus ou moins vive, suivant que le malade a succombé plus tôt ou plus tard. Les nombreuses ouvertures de cadavres faites depuis plusieurs années en France, en Angleterre, en Allemagne et en Italie, par MM. *Guersent*, *Whatt*, *Marcus* et *Ozanan*, ont montré, comme altération constante dans la coqueluche, une inflammation de la partie inférieure de la trachée-artère et des bronches.

Lorsque l'inflammation est chronique, la membrane muqueuse ne présente plus la rougeur vive de l'état aigu; c'est une teinte livide, brunâtre, violacée, ou seulement une couleur grisâtre, qu'on ne peut bien constater qu'en exposant les bronches à une vive lumière après les avoir séparées du cadavre. Dans la bronchite sèche, la rougeur conserve souvent l'intensité de l'état aigu, et l'épaississement est parfois assez considérable dans quelques bronches pour oblitérer complètement leur cavité. Ces deux altérations sont ordinairement beaucoup moins marquées dans les bronchites pituiteuse et muqueuse; dans celle-ci, surtout, il n'est pas rare de trouver les tissus à peine rosés, et même parfaitement blancs. M. le professeur *Laennec*

a observé ce fait un assez grand nombre de fois, et *Bayle*, dans sa quarante-neuvième observation, remarque que cet état blanc de la muqueuse n'est pas rare dans le catarrhe pulmonaire chronique.

L'épaississement, borné le plus souvent à la membrane interne, s'étend aussi quelquefois au tissu cellulaire sous-muqueux, et aux tissus fibreux et cartilagineux, qui semblent hypertrophiés, et concourent au rétrécissement des canaux aériens. Le mucus contenu dans les bronches est clair et transparent, visqueux et nacré, ou jaune verdâtre, opaque et puriforme, suivant l'espèce de bronchite à laquelle a succombé le malade. Le ramollissement de la muqueuse est rare; ses ulcérations ne sont guère plus communes, et leur fréquence diminue de la glotte vers le poumon, en sorte qu'on trouve quelquefois les ulcères bornés au larynx et à la trachée, tandis que la rougeur est étendue sur toute la muqueuse pulmonaire. La dilatation des vésicules bronchiques est une lésion qui accompagne assez souvent la bronchite sèche. La dilatation des bronches est plus commune à la suite des autres variétés; tantôt une ou plusieurs sont dilatées dans toute leur étendue, avec hypertrophie des tissus muqueux, fibreux et cartilagineux; tantôt un rameau présente en un point un renflement plus ou moins considérable, d'où résulte une véritable cavité, qui refoule autour d'elle le tissu pulmonaire.

Causes.

Causes prédisposantes. Les femmes, les enfans, les vieillards, les individus d'un tempérament lymphatique, d'une constitution molle et délicate, naturelle, ou acquise par le luxe, la mollesse et l'abus des plaisirs, sont fréquemment affectés de bronchite, surtout si, au défaut d'énergie de la circulation générale, se joint quelque vice de conformation dans les parois du thorax : ces personnes, trop sensibles aux impressions du froid, manquent d'une réaction suffisante pour annuler ses effets. La fréquence de cette maladie chez les vieillards paraît tenir à ce que, chez eux, la peau, sèche et flétrie, n'exerçant

plus qu'imparfaitement ses fonctions, la muqueuse bronchique se trouve dans une activité plus grande, à laquelle un léger refroidissement de la circonférence fait succéder une congestion plus forte, et par suite l'inflammation. *Cabanis* prétend avec raison que les sujets d'un tempérament nerveux, ou qui ont une prédisposition à la phthisie, sont très-exposés au catarrhe pulmonaire. M. *Broussais* dit avoir remarqué que les hommes prédisposés aux affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, et qui, par conséquent, ont les attributs d'une constitution particulière, qu'il appelle *anévrismatique*, sont souvent atteints d'affections catarrhales et d'engorgemens du poumon. Ce passage et plusieurs autres laissent à désirer quelques détails et un peu plus de précision. On conçoit, en effet, que l'anévrisme des cavités gauches dispose aux maladies de l'appareil respiratoire par suite de la stase du sang dans le ventricule aortique, et de proche en proche dans l'oreillette gauche, les veines pulmonaires et le poumon. Quant à la dilatation des cavités droites, et c'est là précisément celle que M. *Broussais* a presque toujours rencontrée chez les sujets dont il parle, elle n'est, dans la majorité des cas, que le résultat mécanique des obstacles que le sang éprouve à traverser le poumon. Le printemps et l'automne, par la fréquence des variations atmosphériques, un hiver pluvieux, les climats froids et humides, le séjour dans les lieux bas et marécageux ou privés des rayons solaires, le voisinage des étangs, des rivières; la négligence des soins de propreté, l'imprudence de prendre trop tard les habits d'hiver, ou de ne porter que des vêtemens légers pendant la rude saison; certaines professions qui forcent à respirer habituellement un air chargé de poussière ou de gaz irritans; celles qui exigent un exercice violent des organes de la voix, ou qui rendent indispensable le passage fréquent du chaud au froid, et l'exposition aux vicissitudes atmosphériques, telles sont, en général, les causes qui prédisposent à la bronchite; elles ont d'autant plus d'énergie, que les récidives ont été plus fréquentes.

Causes efficientes. Les unes, directes, agissent immédiatement sur la muqueuse respiratoire : tels sont les corpuscules étrangers dont l'air se trouve chargé, des miasmes délétères ou des gaz irritans, comme le chlore, l'acide hydrochlorique, le gaz acide sulfureux, l'ammoniaque, un air brûlant, et plus souvent un air froid et humide. Quelques auteurs ont même prétendu que cette dernière cause était très puissante dans certaines épidémies, comme l'annonce, disent-ils, le début par une angine ou un coryza. Cette opinion semble admissible, au moins dans certains cas, puisqu'il n'est personne qui, par l'impression d'un air froid, n'ait éprouvé un picotement assez vif aux muqueuses oculaire, nasale ou pharyngienne : toutefois je pense que cette cause n'a de valeur réelle pour la production de la bronchite que lorsqu'elle agit en même temps sur une partie plus ou moins étendue du système cutané. Il faut joindre aux causes directes les cris violens, le chant prolongé, l'exercice de la déclamation, la suspension de la respiration au moment où l'expiration va se faire, comme dans les efforts où l'immobilité du thorax est indispensable; plus rarement les coups, les chutes sur la poitrine, l'irritation de la plèvre ou du poumon.

Les causes sympathiques sont celles qui n'agissent pas primitivement sur la muqueuse, mais sur des organes qui ont avec elle une corrélation active ; sur la peau, par exemple, dont les fonctions sont dans une oscillation continuelle avec celles de la muqueuse pulmonaire. Le plus grand nombre des bronchites est produit par l'action du froid à l'extérieur. *Sydenham* dit, en parlant de cette cause : *Plures homines ab hâc causâ quàm peste, gladio atque fame, simul omnibus, perire.* C'est à elles qu'il faut rattacher les variations atmosphériques, le passage d'un lieu chaud à l'air libre, l'exposition à des courans d'air, le repos à l'ombre ou dans un lieu frais pendant les chaleurs de l'été, l'immersion de la totalité ou d'une partie du corps dans l'eau froide; leur influence est plus énergique lorsque la peau est le siége d'une forte congestion et d'une transpiration abondante, ou lorsque le froid agit pendant quelque temps sur le cou, les épaules

et la poitrine. Tout ce qui fait rapporter à la peau le sentiment de froid peut provoquer dans les capillaires de la muqueuse bronchique une congestion sanguine suivie d'inflammation. C'est ainsi que l'action d'une boisson froide sur l'estomac, le frisson des fièvres intermittentes et de certaines passions, telles que la terreur, ont suffi, dans beaucoup de cas, pour produire cette maladie. M. *Broussais* possède des faits de cette nature : j'ai vu moi-même, dans une bronchite très-légère, deux verrées d'eau fraîche donner lieu à des accidens extrêmement graves, qui mirent pendant long-temps le malade en danger. Cherche-t-on à analyser les effets du froid, on observe que si la peau vient à être refroidie par l'abaissement de température du milieu dans lequel le corps est plongé, les capillaires de la périphérie se resserrent; dès-lors le sang ne les pénètre plus en aussi grande quantité, mais il abonde dans la muqueuse pulmonaire, ce qui est démontré par le sentiment de plénitude que l'on ressent dans la poitrine pendant l'inspiration. Les fonctions de cette membrane prennent une activité plus grande, comme pour suppléer aux fonctions de la peau devenues moins énergiques que dans l'état naturel, et si l'équilibre n'est pas promptement rétabli, l'inflammation succède à la congestion. Dans quelques cas très-rares, on ne peut attribuer cette maladie qu'à la disparition subite d'un exanthème, d'un exutoire, de quelques douleurs goutteuses ou rhumatismales, à la suppression ou à l'interruption d'un écoulement sanguin, muqueux ou purulent, habituel, périodique ou accidentel.

Symptômes.

La bronchite présente au médecin une foule de nuances, depuis l'irritation légère qui avorte au bout de quelques jours, jusqu'à l'inflammation violente qui s'étend à toute la muqueuse, et fait périr le malade par suffocation. La bronchite partielle, à laquelle on donne généralement le nom de *rhume*, de *catarrhe pulmonaire léger*, s'annonce par une démangeaison incommode au larynx. La toux, d'abord

sèche, revient sous forme de petites quintes qui ne s'accompagnent que d'un peu de gêne dans la respiration, d'une légère douleur derrière le sternum, et se terminent par l'expectoration d'un mucus transparent plus ou moins visqueux. On distingue, à l'aide du stéthoscope, un râle sibilant ou sonore vers la partie supérieure du sternum, et en arrière vers la racine du poumon, de l'un ou des deux côtés simultanément, suivant l'étendue de l'inflammation. Le deuxième ou le troisième jour, quelques crachats très-volumineux, opaques, jaunes ou verdâtres, sont expectorés; la toux, devenue moins forte, disparaît complètement; le râle muqueux succède à ceux de la première période, et la terminaison a lieu du quatrième au douzième jour. Lorsque l'inflammation est ainsi bornée à une très-petite étendue, il faut quelquefois explorer la poitrine du malade à plusieurs reprises et en différens endroits pour constater l'existence du râle. Il arrive même assez souvent qu'après l'expectoration du matin, ce phénomène disparaît pour une grande partie de la journée. Au reste, il n'existe ordinairement aucun phénomène sympathique, l'inflammation étant trop circonscrite pour réagir sur les viscères de manière à troubler leurs fonctions.

Dans la nuance désignée par les auteurs sous les noms de *fausse fluxion de poitrine*, de *catarrhe pulmonaire grave*, de *fièvre catarrhale*, l'inflammation est plus étendue, et par cela même beaucoup plus dangereuse; elle pénètre profondément, envahit la plus grande partie de la muqueuse d'un poumon ou des deux simultanément, et dans ce dernier cas, la suffocation est presque inévitable. Ces bronchites, extrêmement graves, ont fixé l'attention des meilleurs observateurs; M. *Pinel* les désigne en disant qu'il est certaines inflammations thoraciques qu'on peut indifféremment ranger parmi les catarrhes intenses ou les péripneumonies légères, et M. *Broussais*, avouant que les limites entre ces deux maladies sont souvent fort difficiles à établir, dit que la première, dans ses progrès, se confond avec la seconde. Suivant qu'elle est produite par une cause sympathique ou directe, la bronchite est ou non précédée de quelques phéno-

mènes auxquels les auteurs ont donné le nom de *symptômes précurseurs*. La peau devient plus sensible aux variations de température, des frissons ont lieu, commencent par le dos, et alternent avec des bouffées de chaleur ; puis se déclarent des lassitudes générales et un sentiment de brisement dans les membres, auxquels succèdent les symptômes propres de la bronchite, ou ceux de l'irritation de la muqueuse nasale : éternuemens répétés, enchifrenement, sorte de pesanteur, de plénitude dans les sinus frontaux ; écoulement par les narines de mucosités limpides et transparentes; dans quelques cas enfin, céphalalgie, assoupissement, ou malaise et agitation, le soir et dans le courant de la nuit. L'inflammation se propage de proche en proche au larynx, à la trachée-artère et aux bronches ; dès-lors le malade ressent au larynx une titillation incommode, effet de l'irritation de la glotte, douée d'une extrême sensibilité. La toux, d'abord sèche, plus ou moins forte et sonore, revient sous forme de quintes; la voix se couvre et devient rauque ; au sentiment de gêne, de plénitude, d'oppression, de pesanteur dans toute la poitrine, succède une chaleur vive, avec constriction derrière la partie supérieure du sternum, et enfin une douleur profonde et déchirante, qui suit la direction de la trachée-artère, des bronches, et retentit souvent entre les deux épaules. Cette douleur n'augmente ni par la pression ni par les mouvemens respiratoires, mais s'exaspère fortement par la toux. La respiration est fréquente, difficile, et la dyspnée presque toujours en rapport avec l'étendue de l'inflammation. Les quintes de toux ajoutent à l'oppression et à l'intensité des douleurs locales, ébranlent la tête, le thorax et l'épigastre, et concourent au développement des symptômes généraux ; elles reviennent le soir, la nuit ou le matin, produites par l'impression d'un air froid, des cris, l'exercice de la voix dans une conversation prolongée, par le changement de position dans le lit, l'impression d'un liquide froid sur l'estomac, ou l'accumulation de mucosités dans les bronches ; enfin elles se terminent par l'expectoration d'un mucus transparent, spumeux par son mélange avec l'air, parfois visqueux et sanguinolent. Le mouvement

fébrile, souvent à peine sensible dans le courant de la journée, acquiert le soir beaucoup d'intensité. Pendant ce paroxysme, qui ne dure ordinairement que quelques heures, les quintes sont plus prolongées, la toux presque continue, l'oppression portée quelquefois jusqu'à la suffocation, et l'on voit se dessiner toute la série des symptômes locaux et généraux les plus intenses. Ceux-ci persistent dans certains cas sans interruption, et annoncent la gravité de la maladie; ils prédominent d'ailleurs vers le cerveau ou le canal digestif, avec trouble plus ou moins grand des systèmes nerveux et circulatoire. La face est rouge, animée; les yeux sont brillans, les conjonctives injectées; les larmes coulent involontairement; à la pesanteur de tête succède une céphalalgie intolérable, avec insomnie opiniâtre, sentiment de malaise, d'anxiété, ou bien un état d'assoupissement, d'abattement et de stupeur. La langue, ordinairement rouge à sa pointe et à ses bords, est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre; la bouche est amère, l'appétit est nul; il y a de la soif, du dégoût pour les alimens, souvent même des nausées, des vomissemens, et une douleur plus ou moins vive à l'épigastre. La chaleur de la peau est sèche ou halitueuse; le pouls fréquent, plein, mais facilement dépressible, quelquefois dur et tendu, lorsque la réaction est très-forte; petit, excessivement fréquent et concentré quand la gêne de la respiration est extrême et la suffocation imminente; l'urine est foncée, rougeâtre, et sécrétée en petite quantité.

Signes fournis par la percussion et l'auscultation. La poitrine rend un son clair dans toute son étendue. Le stéthoscope donne des renseignemens plus précis. Le râle et la suspension momentanée de la respiration dans le lieu affecté sont, en effet, les signes pathognomoniques de la bronchite. Ce dernier phénomène, dû à l'obstruction de quelques bronches par des mucosités, survient souvent tout à coup, et disparaît subitement après un ou plusieurs efforts de toux, et l'expulsion de quelques crachats; d'ailleurs il existe tantôt dans une partie de la poitrine et tantôt dans une autre, lorsque la phlegmasie

est étendue et la sécrétion abondante. Dès le début de la maladie, lorsqu'on n'aperçoit encore qu'un coryza ou une légère irritation de la gorge presque sans toux, on entend déjà, à l'aide du cylindre, un râle sonore ou sibilant, et d'autant plus bruyant qu'il y a moins de mucosités sécrétées, et que la membrane interne des gros troncs bronchiques est plus tuméfiée. A mesure que la maladie fait des progrès, la sécrétion, devenue plus abondante, donne lieu à un râle muqueux qui se rapproche du gargouillement produit dans les excavations tuberculeuses.

Marche et terminaisons.

Les auteurs ont admis trois périodes dans la marche de la bronchite, d'après les caractères de la toux et de l'expectoration. Dans la première, la toux, fréquente et sèche, revient par quintes; l'expectoration est nulle ou formée d'un mélange de mucus nasal, guttural et bronchique, et se présente sous forme de matière transparente et glaireuse, comme du blanc d'œuf dissous dans l'eau. Dans la deuxième période, l'inflammation fait des progrès, et les symptômes locaux et généraux parviennent au plus haut degré d'intensité; la toux, presque continue, forte et sonore, est accompagnée d'efforts pénibles, quelquefois de vomissemens, et toujours d'une douleur déchirante dans la poitrine au moment où les crachats se détachent; l'expectoration est difficile et souvent nulle lorsque l'inflammation est très-étendue; les crachats sont visqueux, tenaces, transparens, opalins ou nacrés, et semblables à un mucilage fort épais de gomme adraganthe, quelquefois grisâtres par leur mélange avec une petite quantité de matière noire pulmonaire; dans certains cas, ils restent séparés dans le vase qui les reçoit, adhèrent à ses parois, et ressemblent aux crachats gélatiniformes de la pneumonie aiguë. Dans la troisième période, l'inflammation diminue, et tous les symptômes perdent de leur intensité; les quintes de toux, moins fréquentes, laissent entre elles de longs intervalles de calme, et disparaissent complètement.

L'expectoration devient de plus en plus facile, la mucosité perd de sa transparence et de sa ténacité; elle est mêlée de masses opaques, blanches ou jaunâtres, qui se multiplient et forment la totalité des crachats; ceux-ci sont jaunes, verdâtres, ou d'un gris sale, parfois diffluens, et parfaitement semblables aux crachats puriformes des phthisiques. Cette expectoration est abondante le matin, lorsque la peau est le siége d'une chaleur douce et halitueuse; elle persiste encore quelque temps après la disparition des autres symptômes inflammatoires, et revient par degrés à son état naturel. La durée de ces bronchites graves varie de quinze jours à un mois ou six semaines, et la résolution, lorsqu'elle a lieu, est ordinairement accompagnée de sueurs ou d'urines sédimenteuses, quelquefois de diarrhée, et souvent d'hémorrhagies nasales chez les enfans et les jeunes gens. Mais il n'arrive que trop souvent que la disparition de l'inflammation n'est pas complète, et que le malade conserve une bronchite chronique. Ces deux terminaisons sont plus fréquentes que celles par métastase ou par la mort. Dans celle-là, l'inflammation, descendue dans les dernières ramifications, s'étend aux vésicules, au parenchyme, et produit une pneumonie, ou bien pénètre jusqu'à la plèvre, et donne lieu à une pleurésie latente, que rien ne porte à soupçonner, si l'on n'a pas recours à la percussion et à l'auscultation. Dans celle-ci, au contraire, la mort arrive au bout de quelques jours, avant que la maladie ait eu le temps de parcourir ses différentes périodes; la respiration devient de plus en plus fréquente, difficile et imparfaite, l'air ne pénétrant qu'en très-petite quantité dans les vésicules bronchiques. Les poumons se dilatent incomplètement, et la dyspnée est excessive; le pouls est petit, mou, irrégulier, très-fréquent et presque insensible; les vaisseaux sanguins de la face s'engorgent, le visage devient livide; les vertiges, la céphalalgie, les anxiétés, les palpitations, le refroidissement des extrémités, annoncent la terminaison funeste, et le malheureux, au milieu des angoisses et des mouvemens convulsifs, ne fait plus entendre que quelques gémissemens, et meurt de suffocation.

Diagnostic.

Le diagnostic de la bronchite aiguë est toujours facile si l'on explore avec soin la poitrine du malade, à l'aide de la percussion et de l'auscultation. Il est toujours incertain, au contraire, si l'on ne tient compte que des caractères de la toux, des crachats et de la respiration, de la nature du siége de la douleur, et de quelques signes moins précis, encore tirés de l'état du pouls, de la coloration de la face, etc. De même que la toux et l'expectoration ne peuvent servir à mesurer le danger de la bronchite, puisqu'on en voit de très-graves avec ou sans ces phénomènes, de même elles ne peuvent servir à la caractériser. La toux, en effet, présente une foule de modifications dans cette maladie, sans offrir aucun caractère propre à la faire distinguer de celle qui accompagne la pneumonie, la pleurésie, ou toute autre affection de poitrine. Les crachats, quoique moins équivoques par leur nature, le sont cependant assez dans certains cas pour induire en erreur, si l'on néglige un examen plus étendu. Tous les jours on voit des bronchites dans lesquelles la matière expectorée ressemble aux crachats sanguinolens et gélatiniformes de la pneumonie aiguë. Et d'ailleurs, ne sait-on pas que très-souvent, dans celle-ci, les caractères que je viens d'indiquer ne se montrent pas. C'est donc du rapprochement des signes fournis par la percussion et l'auscultation qu'il faut faire ressortir les différences qui existent entre la bronchite et la pneumonie ou la pleurésie, avec lesquelles on pourrait la confondre. Dans la bronchite, les râles sonore, sibilant et muqueux se succèdent: la poitrine, percutée, rend un son clair dans toute son étendue. Si cependant celui-ci était légèrement obscur dans quelque partie, ce qui tient souvent à des adhérences anciennes entre la plèvre et le poumon, il faudrait s'assurer, à l'aide du stéthoscope, de l'existence de la respiration dans ce point, et ne rien changer au diagnostic, si l'on ne trouvait autre chose que l'un des râles indiqués ci-dessus. Dans la pneumonie, on entend, dès

le début, le râle crépitant, qui, d'abord mêlé au bruit de la respiration, le remplace totalement ou est étouffé par lui, suivant l'issue de la maladie. La percussion n'est pas douloureuse ; le son, obscur dans le principe, devient tout-à-fait mat ; la respiration est nulle dans le poumon ou les parties du poumon malades. Survient-il, dans le cours d'une bronchite, une pneumonie partielle, celle-ci sera reconnue par l'existence du râle crépitant vis-à-vis le point enflammé. Tous les autres signes, même ceux que peut fournir la percussion, étant très-souvent nuls dans ce cas, le médecin s'expose à ignorer la complication s'il n'explore pas avec soin la poitrine à l'aide du cylindre. Dans la pleurésie, l'égophonie existe peu d'instans après l'invasion, annonce l'épanchement de liquide, disparaît lorsque celui-ci est très-considérable, et reparaît lorsqu'il diminue. La percussion est très-douloureuse ; le son, clair dans le principe, devient tout-à-fait mat, et la respiration ne s'entend plus vis-à-vis l'épanchement ; mais la douleur aiguë, lancinante, superficielle, et la respiration entrecoupée, manquent ordinairement lorsque, pendant la marche d'une bronchite aiguë, une pleurésie latente vient à se développer. La percussion et l'auscultation sont donc indispensables pour constater son existence.

Complications.

Les maladies qui accompagnent le plus souvent la bronchite sont, la pneumonie, la pleurésie, une angine, un coryza, l'inflammation des méninges et du cerveau, enfin les différentes nuances de la gastro-entérite ; complication que *Stoll* trouva le plus fréquemment dans l'épidémie de 1775, et que M. *Pinel* indique aussi comme la plus ordinaire, quoique la désignant l'un et l'autre sous des noms différens. La bronchite est quelquefois compliquée de laryngo-trachéite pseudo-membraneuse. Celle de 1780, qui devint épidémique à Paris, était remarquable par l'affection simultanée de la plupart des muqueuses. Enfin, dans l'épidémie de 1803, à laquelle on donna le

nom de *follette*, la bronchite était fréquemment accompagnée de pneumonie et d'affections cérébrales très-graves. Ces complications seront facilement reconnues aux signes qui caractérisent chacune des maladies précédentes.

Variétés.

En indiquant le catarrhe suffocant comme une variété de bronchite aiguë, je ne comprends pas sous ce nom, comme beaucoup d'auteurs, plusieurs maladies dans lesquelles le catarrhe pulmonaire n'existe pas, et qui n'ont d'autre analogie entre elles que la mort par suffocation ; mais je considère ce phénomène comme un accident survenu dans le cours d'une bronchite, et produit par une inflammation profonde et très-étendue, avec ou sans fausses membranes. M. *Andral* fils rapporte, dans sa Clinique médicale, p. 72, une observation remarquable de rougeole avec bronchite aiguë : celle-ci devint prédominante par suite de son étendue ; l'éruption se supprima, et, malgré un traitement énergique, le malade mourut suffoqué le troisième jour après la disparition de la rougeole. A l'autopsie, on trouva une rougeur très-vive de la muqueuse dans les gros troncs, et jusque dans les plus petites ramifications des bronches. Dans quelques points des premières divisions existaient, en petit nombre, des concrétions blanches, membraniformes, semblables à la fausse membrane du croup : le poumon était sain.

Le 20 janvier 1826 entra au Val-de-Grâce un militaire d'une forte constitution, portant depuis dix-huit mois une entérite chronique, produite et entretenue par les excès continuels qu'il faisait dans les boissons spiritueuses. Cinq à six jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une bronchite largement étendue du côté gauche. Cette nouvelle phlegmasie, réagissant sur la muqueuse intestinale, exaspéra les symptômes de la gastro-entérite. Le 21, langue rouge et sèche, soif vive, douleurs abdominales augmentant par la pression, toux presque nulle ; respiration fréquente, gênée; râle sonore et sibilant

du côté gauche, pouls fort fréquent. (Trente sangsues à l'épigastre, vingt-cinq à la partie supérieure du sternum.) Le 22, les symptômes gastriques diminuent; la langue, dérougie, s'humecte; la soif est moins vive, mais la respiration est haute, accélérée, de plus en plus difficile, le pouls petit et très-fréquent; les râles sonore et sibilant existent dans toute l'étendue des deux poumons, et indiquent une bronchite générale. (Deux saignées de seize onces, une le matin et l'autre le soir; bains de pieds sinapisés, etc.) La dyspnée devient extrêmement pénible dans le courant de la nuit; le malade, frappé d'un pressentiment funeste, tombe dans le découragement; ses traits s'altèrent, et, après beaucoup d'anxiétés, d'angoisses et d'agitations, il succombe le 23 au matin. —*Autopsie.* Le larynx et les trois quarts supérieurs de la trachée-artère n'offrent pas de traces d'inflammation; mais depuis la bifurcation des bronches jusque dans leurs dernières ramifications, la muqueuse présente une rougeur uniforme très-intense et une tuméfaction remarquable; le tissu cellulaire sous-muqueux est injecté; au reste, ni sang ni mucosités dans les canaux. Le poumon est crépitant dans toute son étendue, mais gorgé d'une grande quantité de sang noir. L'estomac est sain, ainsi que la plus grande partie du canal intestinal; mais à cinq ou six pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on aperçoit deux ulcérations de couleur brunâtre, livide, ardoisée, entourées de végétations nombreuses.

La bronchite pseudo-membraneuse a été observée un assez grand nombre de fois tant à l'état aigu qu'à l'état chronique. Dans le premier cas, tantôt elle donne lieu à tous les symptômes du catarrhe suffocant auquel le malade succombe, et tantôt celui-ci guérit après avoir expectoré quelques concrétions ou cylindres membraniformes. On trouve, dans le huitième volume de la nouvelle Bibliothèque médicale, une observation de bronchite intense qui, malgré un traitement antiphlogistique et révulsif des plus énergiques, se termina par la formation de fausses membranes dans toute l'étendue des bronches, sans complication de croup, et fit périr le malade le septième jour après l'invasion. M. *Guersent* n'a vu qu'une seule fois cette variété: c'était

chez un jeune homme de treize à quatorze ans, qui, fatigué depuis plusieurs jours par une violente oppression, rejeta, après quelques quintes de toux, plusieurs tubes ramifiés de même nature que les concrétions croupales, et guérit assez promptement. M. le professeur *Laennec*, dans ses leçons au collége de France, nous a parlé d'un fait à peu près semblable, le seul qu'il ait été à même d'observer. Le malade était tourmenté par une toux violente, avec gêne extrême de la respiration, sans aphonie, sans voix croupale ni sifflement laryngo-trachéal. La respiration tubaire ou bronchique était bruyante, très-distincte, et accompagnée d'un râle sonore et sifflant ; mais la respiration vésiculaire ne s'entendait pas, l'air ne pénétrant qu'en très-petite quantité dans les cellules pulmonaires. Quelques jours après l'invasion, le malade expectora plusieurs tubes pseudo-membraneux, et fut guéri comme le précédent. Ces deux dernières observations prouvent que la bronchite membraneuse, quelque grave qu'elle soit, n'est pas toujours mortelle, lorsque la fausse membrane ne se propage ni à la trachée-artère ni au larynx.

Bronchite convulsive ou coqueluche. Développée sous l'influence des mêmes causes que la bronchite ordinaire, n'offrant à son début, pendant trois ou quatre jours, douze ou quinze, et même davantage, que les symptômes de cette maladie, la coqueluche ne laisse après la mort d'autres traces que celles de l'inflammation de la muqueuse, et ne diffère par conséquent de la bronchite simple que par les caractères de la toux et de la respiration, et par l'occlusion momentanée des bronches; mais ces phénomènes s'expliquent aisément, et ne suffisent pas pour en former une affection particulière : on les voit, en effet, passer par une foule de nuances, suivant que le système nerveux est plus ou moins actif chez les individus affectés de bronchite, et paraître enfin à leur summum d'intensité chez les enfans et les jeunes filles, où l'innervation joue un rôle si puissant dans toutes les maladies. La coqueluche ne doit donc plus être considérée que comme une bronchite avec quelques accidens nerveux ; cette inflammation ne peut

être, comme le prétendait *Albers*, une complication, puisque c'est la seule altération constamment observée dans presque toutes les ouvertures de cadavres qui ont été faites. La bronchite convulsive, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, présente, comme la bronchite ordinaire, quelques particularités dans l'ensemble de ses symptômes; toujours elle est caractérisée par une toux convulsive, qui prend par quintes plus ou moins rapprochées, mais courtes, et consiste en une longue inspiration sonore, suivie de plusieurs expirations rapides et brusques, avec constriction momentanée des bronches et menace de suffocation. Ces quintes sont accompagnées d'un grand nombre de phénomènes généraux, qui ne peuvent trouver place que dans une description complète de la coqueluche. En appliquant le cylindre sur la poitrine, on entend les différens râles de la bronchite ordinaire. Pendant les quintes, la respiration est complètement suspendue, elle ne s'entend nulle part; au moment de l'inspiration, l'air se précipite avec un sifflement très-sonore, et ne pénètre pas au-delà des premières divisions bronchiques; mais de temps en temps, au milieu des accès de toux, et sans que le thorax paraisse se développer, on distingue avec le stéthoscope de petites inspirations très-courtes, pendant lesquelles l'air parvient en petite quantité jusque dans les vésicules pulmonaires.

Prognostic.

La gravité de la bronchite aiguë doit se mesurer par l'étendue de l'inflammation. Est-elle simple, partielle, comme dans la nuance dite *catarrhe léger;* existe-t-elle, d'ailleurs, chez une personne bien constituée, sa terminaison est prompte, facile et exempte d'accidens. Il n'en est pas toujours ainsi chez les sujets faibles, lymphatiques ou très-irritables, qui en ont été affectés un grand nombre de fois. Ainsi que les femmes, les enfans et les vieillards, ces individus ne jouissent pas d'une réaction capable d'atténuer les effets du froid, auquel il est fort difficile de les soustraire, et le passage à l'état chronique se

fait très-souvent observer. Cette terminaison, plus fréquente en hiver, rend le prognostic plus fâcheux dans cette saison. La bronchite est plus dangereuse, toutes choses égales d'ailleurs, chez ceux qui ont le thorax mal conformé, ou lorsqu'elle est épidémique, parce qu'alors les influences atmosphériques, qu'il est fort difficile d'éviter, agissent avec beaucoup d'énergie. L'inflammation générale de la muqueuse est une maladie très-grave, et souvent mortelle dès le deuxième ou le troisième jour. L'existence de fausses membranes diminue toujours les chances de succès. La bronchite convulsive, moins promptement funeste que la précédente, n'est cependant pas exempte de dangers; en effet, elle se complique souvent de maladies du cerveau, du poumon, du canal intestinal, ou se prolonge pendant des mois, des années, et donne lieu à des dilatations incurables des vésicules pulmonaires ou des canaux aériens. Dans la bronchite ordinaire, le danger augmente avec la gravité des complications : l'angine, le coryza n'ont presque aucune influence sur sa marche; mais la pneumonie, la pleurésie, la gastro-entérite ou les affections cérébrales, font souvent succomber le malade, qui avait échappé aux accidens de l'inflammation trachéo-bronchique. Lorsque le râle est très-étendu des deux côtés de la poitrine, la respiration gênée, très-fréquente et imparfaite, la toux pénible et douloureuse, l'expectoration difficile ou supprimée au moment où elle devrait être abondante et facile, et que tous ces symptômes augmentent de plus en plus, la mort est à redouter; elle est presque inévitable lorsqu'une bronchite très-étendue, avec sécrétion de mucosités visqueuses ou abondantes, existe chez un vieillard faible et languissant. La prolongation de la toux, de la dyspnée, avec diminution des symptômes généraux et perte de l'embonpoint, indiquent le passage à l'état chronique.

Bronchite chronique

Symptômes, marche et terminaisons. Très-rare dans les pays chauds, où l'activité des fonctions de la peau tend continuellement à diminuer la congestion portée sur la muqueuse pulmonaire, cette ma-

ladie est très-répandue dans les pays froids et humides, tels que l'Angleterre, la Hollande, et quelques contrées de la partie septentrionale de la France, dans les lieux bas, marécageux, et dans certaines villes, telles que Rouen. On l'observe chez les femmes, les enfans, et principalement chez les vieillards, qu'elle tourmente pendant de longues années, et souvent jusqu'au tombeau. Tantôt elle débute à l'état chronique, lorsque des causes peu actives agissent sur des individus peu sanguins, faibles et d'un tempérament lymphatique ; mais le plus souvent elle succède à une bronchite aiguë qu'on a imprudemment laissée parcourir ses périodes. Bien que la respiration soit habituellement gênée, les malades s'en aperçoivent à peine, et ne s'en plaignent que lors de grands mouvemens, d'un exercice violent, d'une marche rapide vers un lieu élevé, etc. Dans ces différentes circonstances, en effet, le passage plus rapide du sang à travers le poumon exige une respiration pleine et facile pour l'oxygénation d'une plus grande quantité de ce liquide dans un instant donné. Il n'est pas rare de voir la dyspnée augmenter tout à coup dans le courant de la journée, le plus souvent le soir et la nuit ; si on examine les malades pendant ces accès, on les voit, tourmentés par une toux plus ou moins fréquente et par une orthopnée des plus pénibles, prendre la position verticale des asthmatiques, s'élancer à leur séant s'ils sont couchés, et employer toutes leurs puissances inspiratrices pour introduire une certaine quantité d'air dans le poumon. L'accès dure un quart d'heure, une demi-heure, et même davantage ; quelques mucosités transparentes ou visqueuses sont expectorées, et la respiration revient par degrés à l'état où elle était avant le paroxysme. Cet ensemble de symptômes forme une des maladies que les auteurs anciens ont confondues sous le nom d'*asthme*.

Suivant les caractères que présente l'expectoration, la bronchite chronique a été divisée en *sèche*, *pituiteuse* et *muqueuse*. Cette distinction, rappelant les différentes périodes par lesquelles passe la bronchite aiguë, explique certains accidens auxquels est exposé le

malade, porte à juger assez exactement du degré de l'inflammation, et donne lieu parfois à quelques indications thérapeutiques particulières. Toutefois ces différences dépendent aussi beaucoup de l'âge et de la constitution du malade. La première espèce, en effet, caractérisée par des crachats visqueux et nacrés, ne se rencontre guère que chez les individus d'une constitution sèche, irritable, d'un tempérament nerveux : les autres variétés, au contraire, atteignent plus fréquemment les enfans, les vieillards, les personnes lymphatiques, chez lesquelles les sécrétions muqueuses, habituellement faciles, deviennent très-abondantes sous l'influence d'une légère inflammation. Tantôt alors les crachats sont transparens, glaireux, et rendus en assez grande quantité pour épuiser le malade ; d'autres fois ils sont muqueux, opaques, puriformes, semblables à ceux des phthisiques, dont il est impossible de les distinguer, et souvent portés jusqu'à plusieurs livres dans l'espace d'une heure. Ce dernier phénomène, l'un de ceux auxquels les anciens donnaient le nom de *vomique*, les induisit fréquemment en erreur, et leur fit prendre ces bronchites chroniques muqueuses pour des abcès du poumon, maladie beaucoup plus rare. La toux n'est plus continue, comme dans l'état aigu, mais présente des caractères différens, suivant les variétés : toujours plus vive dans les deux premières, où l'inflammation est aussi plus intense, elle revient quelquefois sous forme de quintes violentes et pénibles, avec tiraillemens dans l'intérieur de la poitrine, chaleur à la peau, accélération du pouls, et autres phénomènes qui annoncent une inflammation aiguë indéfiniment prolongée. La bronchite chronique peut donner lieu à la formation de fausses membranes, comme le prouvent plusieurs observations, dont une a été communiquée à la société de médecine par M. *Raikem*, une autre insérée dans les Transactions philosophiques de Londres, une troisième enfin recueillie par M. *Guersent*, à la clinique de *Corvisart*, chez un militaire qui pendant trois mois expectora à plusieurs reprises, à la suite de violens accès de suffocation, des portions assez longues de tubes membra-

neux, et guérit comme le sujet de la première observation. La durée de cette maladie, comme celle de toutes les phlegmasies chroniques, n'a rien de fixe ; elle est subordonnée à l'usage d'un traitement plus ou moins convenable, et varie d'ailleurs suivant l'âge, la constitution du malade et les influences atmosphériques, plutôt que d'après le degré de l'inflammation. Il n'est pas rare de la voir disparaître pendant la belle saison pour revenir aux premiers froids avec une nouvelle intensité. Des accidens très-graves accompagnent ordinairement le passage à l'état aigu. Enfin, lors même qu'elle persiste à l'état chronique, elle donne lieu à plusieurs lésions, pour la plupart incurables. L'expectoration peut devenir tellement abondante, que la perte des forces, l'amaigrissement et la mort en soient le résultat ; c'est à cette dernière période que les auteurs ont donné le nom de *phthisie catarrhale*. La mort arrive quelquefois beaucoup plus tôt, lorsque des mucosités oblitèrent les principaux troncs des bronches et produisent la suffocation. Dans ce cas, le râle muqueux se propage à la trachée-artère, au larynx, et s'entend même à l'oreille nue. La dilatation des bronches et des cellules bronchiques est souvent le résultat de l'inflammation chronique de la muqueuse chez les enfans ; chez les vieillards, au contraire, les maladies du cœur sont excessivement fréquentes en pareil cas.

Sans entrer dans la grande discussion relative au développement des tubercules pulmonaires, je dois indiquer les circonstances dans lesquelles ils apparaissent ordinairement. C'est, en effet, dans la majorité des cas, à la suite des bronchites entretenues pendant longtemps, ou fréquemment renouvelées par les imprudences des malades ou la négligence d'un traitement convenable, que l'on voit se développer la phthisie. L'existence plus fréquente de celle-ci dans les pays froids et humides, où la bronchite est aussi plus commune, la similitude parfaite qui existe entre les causes de ces deux maladies, le développement de tubercules derrière d'autres membranes muqueuses enflammées, et leur existence plus fréquente dans le lobe supérieur, dont les bronches, plus courtes, sont plus facile-

ment affectées dans toute leur étendue, ne sont-ils pas autant de preuves de l'influence puissante qu'exerce l'inflammation de la muqueuse dans leur production ? Cette théorie, développée dans les *Phlegmasies chroniques* et l'*Examen des doctrines*, semble confirmée par le résultat de l'observation de tous les temps. *Stoll*, *Baglivi*, *Sydenham*, quoique prenant le mot *phthisie* dans un sens plus général, remarquent cependant que le froid de l'hiver, en produisant des catarrhes pulmonaires, en est la cause la plus fréquente. *Baumes*, *Bosquillon*, *Lepecq de la Clôture*, observent que les catarrhes négligés produisent très-fréquemment la phthisie. « Une des causes les plus ordinaires de cette maladie, dit M. *Portal*, est une suite de rhumes que contractent ordinairement en hiver les personnes délicates et lymphatiques. » Les sujets des observations première, deuxième et troisième, auxquelles il renvoie, présentèrent en effet, dans les poumons, des masses tuberculeuses, évidemment développées sous l'influence de bronchites chroniques répétées. D'où vient qu'après ces réflexions lumineuses, le même auteur ne tient aucun compte, à l'article *phthisie originelle*, observation 1.re, des catarrhes pulmonaires nombreux dont fut affectée la jeune fille qui succomba avec des tubercules pulmonaires et des ulcérations de la muqueuse aérienne ? La bronchite chronique que porta pendant huit à dix mois le jeune homme de l'observation 10.e ne suffit-elle pas pour expliquer le développement des tubercules miliaires qu'on trouva dans son poumon, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'innéité ? C'est ainsi que, pour céder quelque chose aux idées dominantes du siècle, on s'écarte du résultat rigoureux de l'observation. Laissons *Bayle* taxer de préjugé l'opinion des grands observateurs qui regardent le catarrhe aigu et chronique comme la cause la plus fréquente de la phthisie ; mais qu'il me soit permis de faire observer que, dans les deux exemples qu'il cite pour prouver que les tubercules ne sont point l'effet de l'inflammation, il ne prend pas en considération les bronchites répétées ou prolongées pendant deux ou trois ans dont les malades avaient été affectés. Ces faits,

rigoureusement analysés, ne font que confirmer la théorie donnée dans ces derniers temps. Rapprochés d'ailleurs d'un grand nombre d'observations nouvelles et beaucoup plus exactes, ils permettent de conclure que les tubercules sont le résultat, tantôt, et le plus souvent, de l'inflammation de la muqueuse bronchique; dans d'autres cas, d'une pneumonie ou d'une pleurésie; qu'ils se développent d'autant plus facilement, que le sujet est plus prédisposé aux engorgemens tuberculeux; mais qu'ils ne naissent jamais sans une congestion préalable de quelque partie de l'appareil respiratoire.

Diagnostic et prognostic. Avant les belles recherches de M. le professeur *Laennec* sur l'auscultation, le diagnostic de la bronchite chronique était, dans un grand nombre de cas, tellement incertain et difficile à établir, que les observateurs les plus attentifs confondaient fréquemment la bronchite sèche avec les toux nerveuses ou sympathiques, et le catarrhe muqueux avec la phthisie. M. *Portal* convient que la distinction entre ces deux dernières maladies est souvent fort difficile, et que des individus, après avoir présenté les crachats puriformes, la fièvre avec redoublement le soir, l'amaigrissement, le marasme, l'œdématie de la face et des extrémités, enfin tous les signes de la phthisie, guérissent, ou ne présentent après leur mort que les traces d'une inflammation chronique des bronches. *Bayle* ajoute que des cas analogues ont souvent trompé les médecins, et fait croire à des guérisons miraculeuses de phthisies.

Bennet, *Morgagni*, *Lieutaud*, avaient déjà remarqué cette absence d'altération du poumon à la suite d'une expectoration puriforme prolongée, et M. *Pinel* a depuis vérifié ce fait un grand nombre de fois. Aujourd'hui des moyens d'exploration plus précis donnent des résultats totalement différens, puisque, dans la majorité des cas, il est possible, non-seulement de distinguer la bronchite chronique des maladies qui lui ressemblent, mais encore de reconnaître la plupart des altérations organiques qui l'accompagnent. L'absence des signes fournis par l'auscultation ne permettra pas de

confondre les toux sympathiques d'une affection de l'estomac, du foie, de l'utérus, etc., avec la bronchite sèche. La distinction est plus difficile entre celle-ci et le spasme des bronches, qui, le plus souvent, en est le résultat. Dans les deux cas, le bruit respiratoire est affaibli, et varie, pour son intensité, suivant la partie de la poitrine que l'on explore. Mais, dans la bronchite, quelque grande que soit l'inspiration, on n'entend jamais cette respiration puérile et sonore parfaitement distincte chez une personne affectée de spasme des bronches, lorsque celui-ci vient à être vaincu par un besoin extrême de respirer, phénomène que l'on obtient en recommandant au malade de lire ou de parler jusqu'à perdre haleine. L'emphysème du poumon, dont les signes sont à peu près les mêmes que ceux de la bronchite sèche, en sera distingué par le râle crépitant sec.

La résonnance parfaite de la poitrine dans toute son étendue, et surtout à sa partie supérieure, et l'existence de la respiration, au moins par intervalles, indiquent que la bronchite n'est pas compliquée de masses tuberculeuses un peu étendues. Le râle muqueux ressemble parfois tellement au gargouillement de la matière tuberculeuse, qu'il ferait croire à l'existence de cavernes dans le poumon; mais l'absence de la pectoriloquie et de la respiration caverneuse prouvent évidemment qu'il n'y a qu'inflammation des bronches. Le diagnostic de la bronchite, avec dilatation partielle ou générale des canaux, offre plus de difficultés; tantôt, en effet, celle-ci est méconnue, et l'on ne peut constater que l'existence de la phlegmasie, et d'autres fois la pectoriloquie, la respiration soufflante, la toux et le râle caverneux, annoncent une cavité dans le poumon, sans faire connaître si elle est le résultat d'un abcès de cet organe, du ramollissement d'un tubercule, ou de la dilatation des bronches. Mais un abcès pneumonique ne peut exister sans avoir été précédé de l'inflammation du parenchyme, et par conséquent du râle crépitant, du son mat, et de l'absence de la respiration. D'ailleurs la marche rapide de cette maladie, et la diminution ou le défaut complet du

bruit respiratoire autour de l'excavation, serviront à la faire distinguer de la dilatation des bronches. L'existence de tubercules non ramollis dans les parties du poumon qui avoisinent la caverne, lorsque celle-ci est le résultat de la fonte d'une masse tuberculeuse, rend le son plus ou moins obscur, tandis qu'il est toujours parfaitement clair autour d'une bronche dilatée. Enfin, dans cette dernière lésion, la pectoriloquie est moins circonscrite et plus diffuse que dans les deux précédentes.

Les personnes bien constituées portent souvent une bronchite chronique pendant plusieurs mois, et même des années, sans qu'aucune complication vienne rendre cette maladie incurable. Le prognostic est plus fâcheux chez les enfans et les sujets lymphatiques, qui sont, en général, prédisposés aux engorgemens tuberculeux.

Les chances de guérison sont peu nombreuses chez les vieillards, parce que ceux-ci sont facilement épuisés par l'abondance des crachats, ou suffoqués par le défaut d'expectoration, et que d'ailleurs les maladies du cœur se développent à cet âge avec une incroyable facilité. Plus est rapprochée l'époque de l'invasion, et plus il y a d'espoir. L'absence de complications augmente encore les probabilités de succès. Une dilatation partielle et légère d'une ou de quelques ramifications bronchiques n'aggrave pas beaucoup le prognostic; car cette lésion disparaît avec l'inflammation, ou ne cause, lorsqu'elle persiste, aucune gêne dans les fonctions de l'organe. Mais si la dilatation partielle ou générale est très-grande, la maladie résiste à toutes les ressources de l'art. La bronchite sèche est moins dangereuse que les espèces suivantes, parce que, dans celles-ci, l'épuisement par une sécrétion abondante, ou la suffocation produite par des mucosités visqueuses ou des fausses membranes, entraînent fréquemment le malade au tombeau.

Traitement.

Avant d'entrer dans l'énumération des moyens thérapeutiques qui conviennent aux différentes nuances de la bronchite aiguë, je crois

devoir combattre l'usage, malheureusement trop répandu dans le monde, de traiter cette maladie à son début par le vin chaud, le punch ou autres liqueurs alcoholiques. *Sydenham* et *Cullen* blâment fortement leur emploi, qu'ils ont vu fréquemment suivi d'accidens formidables, et sans doute il ne suffira pas à un médecin prudent de quelques succès extrêmement rares pour faire adopter un traitement qui, le plus souvent, exaspère l'inflammation, et fait développer une pneumonie ou une gastro-entérite mortelles. Je dois le dire, parmi les bronchites que j'ai observées dans plusieurs hôpitaux de Paris, les plus graves avaient été traitées par ces moyens incendiaires.

Veut-on faire avorter cette maladie dès son origine, on peut y parvenir en enveloppant le malade nu dans une couverture de laine chaude, et le laissant pendant plusieurs heures dans cet état. L'irritation cutanée produite par les aspérités du tissu provoque une forte révulsion, une diaphorèse des plus abondantes, et la bronchite disparaît totalement, ou perd de son intensité, sans que jamais aucun accident puisse être le résultat de cette révulsion générale. Les bains chauds à 26 ou 28° (*Réaumur*) sont encore avantageux dès les premiers jours ; mais il est important que les malades, lorsqu'ils entrent dans le bain, et lorsqu'ils en sortent, se préservent de l'impression du froid : cet inconvénient, presque inévitable, doit faire donner la préférence aux bains de vapeurs ou de sable chaud toutes les fois qu'il n'est pas nécessaire de débarrasser la peau des matières qui pourraient s'opposer à l'exercice de ses fonctions. Des vapeurs émollientes dirigées par la bouche et les fosses nasales sur la muqueuse aérienne réussissent aussi quelquefois ; mais leur efficacité m'a toujours paru beaucoup plus grande lorsqu'on les faisait agir en même temps sur le cou et la partie supérieure de la poitrine. L'amélioration qu'elles produisent est constamment plus sensible chez l'enfant que chez l'adulte ou le vieillard ; dans tous les cas, il faut seconder leur effet par tous les moyens propres à entretenir l'action à la périphérie, placer le malade au lit, et lui donner en abondance des boissons émollientes tièdes.

Lorsque la bronchite continue sa marche, et que tout annonce la nuance éphémère à laquelle on donne le nom de *rhume*, le traitement est fort simple : le malade prendra quelques boissons tièdes et mucilagineuses, telles que les infusions de fleurs de violette, de mauve, de bouillon blanc, de bourrache ; les décoctions d'orge, de racine de guimauve, de figues sèches, édulcorées avec le sucre, le miel ou un sirop adoucissant. Il se préservera contre l'action du froid, ne faisant usage pendant quelques jours ni d'alimens stimulans, ni de boissons spiritueuses. Si la toux le fatigue et l'empêche de se livrer au sommeil, ce que l'on observe fréquemment chez les sujets d'un tempérament nerveux, on doit retrancher le repas du soir, pour éviter les paroxysmes qui surviennent à cette partie de la journée, et conseiller quelques potions adoucissantes et légèrement narcotiques.

L'inflammation a-t-elle envahi une grande partie de l'arbre bronchique, un traitement plus énergique est nécessaire pour éviter le passage à la pneumonie, ou l'extension à toute la muqueuse, et la mort par suffocation. Le malade doit rester au lit dans une chambre bien close et d'une température douce et modérée, éviter toute espèce de stimulant direct, tel que le chant, une conversation prolongée, une lecture à haute voix ; se couvrir de laine pour mieux se soustraire à l'impression du froid pendant la nuit ou dans le courant de la journée, écarter tout ce qui pourrait donner lieu à une affection vive de l'âme, proscrire tous les liquides froids ou excitans, une alimentation stimulante, et observer une diète sévère. Il faut y joindre les évacuations sanguines, qui seules peuvent calmer rapidement les symptômes locaux et généraux, entraver la marche de l'inflammation, et prévenir les complications. Les saignées générales sont nécessaires ; *Baglivi*, *Sydenham*, *Boerhaave*, *Cullen*, ont presque toujours vu diminuer rapidement les accidens sous leur influence. Les plus avantageuses sont celles dans lesquelles on tire peu de sang à la fois : elles sont indiquées chez un sujet jeune, fort et pléthorique, lorsque la douleur de poitrine est générale, la respiration pénible, la toux

forte et sonore, la fièvre violente, l'oppression considérable, l'expectoration sanguinolente. J'ai vu plusieurs fois une ou plusieurs saignées arrêter dès le début des bronchites dans lesquelles les crachats visqueux et striés faisaient craindre le passage à la pneumonie. Chez les enfans, elles sont souvent fort utiles pour diminuer la congestion qui s'opère vers le poumon. Elles ne sont contr'indiquées que chez les vieillards languissans, les individus lymphatiques affaiblis par une longue maladie, et doivent être remplacées par les saignées locales; cependant, si la bronchite se complique de pneumonie, quelques saignées générales proportionnées à l'âge et aux forces du malade sont indispensables.

Dans la bronchite, comme dans toutes les phlegmasies des tissus membraneux, les sangsues et les ventouses scarifiées, par leur double mode d'action, sont les moyens thérapeutiques les plus précieux à la suite des saignées par la lancette; elles peuvent d'ailleurs suppléer celles-ci lorsque la congestion pulmonaire est modérée, et que l'onagit sur les enfans, où la grande vitalité de la peau rend la révulsion facile et la saignée capillaire aussi abondante qu'on le désire. Chez eux, on appliquera de quatre à douze sangsues sur la partie supérieure du sternum, afin que l'on puisse facilement arrêter le sang par la compression quand on le jugera nécessaire. Chez l'adulte, le nombre des sangsues varie de douze à trente; elles seront placées sur la première pièce du sternum, ou un peu plus haut, à la partie inférieure de la région cervicale, pour que le dégorgement soit plus direct; mais, dans ce dernier point, on n'a plus l'avantage de la compression, et la cautérisation des piqûres est nécessaire lorsqu'il survient une hémorrhagie. On doit faire une nouvelle application lorsque la première n'a produit qu'un soulagement passager, favoriser l'écoulement du sang par des fomentations émollientes et un large cataplasme bien chaud, que l'on recouvre de plusieurs morceaux de flanelle pour l'empêcher de se refroidir. Ce cataplasme sera changé avec beaucoup de précautions, et remplacé de suite par un autre, pour éviter l'impression du froid. De cette manière, on entretient

sur la poitrine une espèce de bain local en même temps qu'on produit une révulsion salutaire. Après l'emploi des évacuations sanguines, il survient ordinairement une rémission dans les symptômes locaux et généraux. Si cependant la toux persiste, il faut la calmer par quelques potions adoucissantes, telles que looks, juleps, émulsions, auxquelles on ajoute 1/2 ℥ de sirop diacode, 1/2 ℊ. d'extrait aqueux d'opium, ou douze à quinze gouttes de laudanum de *Sydenham :* toutefois les préparations d'opium ne doivent être employées qu'avec beaucoup de précautions, parce qu'elles excitent le système sanguin, et déterminent parfois une congestion pulmonaire qui renouvelle les accidens. Le sirop diacode, administré par cuillerées à café, ou mêlé avec parties égales de sirop de violette, et donné par cuillerées ordinaires, est beaucoup plus avantageux ; enfin deux à quatre grains d'extrait de laitue manquent rarement le but que se propose le médecin. J'ai vu aussi M. *Husson* employer en pareil cas, avec le plus grand succès, l'extrait de jusquiame ou de belladone, en commençant par des doses fractionnées, qu'il augmentait graduellement. La diète et les boissons émollientes seront continuées pendant quelques jours après la chute de l'inflammation; et peu à peu on nourrira le malade avec des bouillons coupés ou les fécules de riz, de gruau, de pommes de terre, etc., préférables aux toniques et aux amers conseillés vers le déclin des bronchites. En même temps qu'on veille à la conservation des forces du malade, on le préserve de l'impression du froid, qui très-souvent est cause de récidives ; on lui fait éviter avec soin toutes les affections morales vives, et les exercices violens qui peuvent produire une congestion fâcheuse vers la poitrine. Sans exciter la transpiration par les sudorifiques, que *Sydenham, Bosquillon* et M. *Broussais* proscrivent comme dangereux, il est utile de favoriser l'action de la peau par des bains chauds pris avec les précautions suffisantes, des frictions sèches ou un gilet de flanelle. On seconde leur effet par une légère infusion de sureau, d'hyssope ou de serpolet ; mais il faut pour cela que l'estomac soit exempt d'inflammation.

Les vomitifs et les purgatifs, conseillés par *Cullen* et *Stoll* dans le traitement du catarrhe pulmonaire, ne doivent être employés qu'avec beaucoup de circonspection, et seulement chez les sujets lymphatiques, peu sensibles lorsque le canal intestinal est dans une intégrité parfaite, et que l'inflammation bronchique a été calmée par les antiphlogistiques. Je crois même que, dans tous ces cas, il serait prudent de les remplacer par les révulsifs sur la peau ; car, comme l'observe *Cabanis*, ils ont l'inconvénient grave de rappeler les mouvemens vers l'intérieur et d'altérer les organes digestifs. Parmi les révulsifs extérieurs, dont je parlerai au traitement de la bronchite chronique, je dois noter le vésicatoire, que beaucoup de médecins regardent comme indispensable à la fin des catarrhes aigus. Et, en effet, des succès nombreux prouvent les bons résultats qu'on peut en obtenir ; mais on manque de règles précises sur son emploi, en sorte qu'il est tantôt inutile et tantôt dangereux. C'est au bras qu'il faut l'appliquer chez les sujets très-irritables, d'un tempérament nerveux, chez les femmes, les enfans, et toutes les fois qu'on n'a besoin que d'une révulsion peu énergique, ou qu'il existe quelque point d'inflammation vers les organes gastriques. Le succès du vésicatoire sera plus certain si, au lieu de la partie externe du membre, on choisit la partie interne, où se trouvent un grand nombre de nerfs du plexus brachial, de vaisseaux lymphatiques, et de filets nerveux sous-cutanés des deuxième et troisième paires dorsales, suivant lesquels se propagent les douleurs et l'engourdissement des bras dont se plaignent souvent les phthisiques. Veut-on opérer une révulsion plus active, on l'applique à la partie supérieure du sternum ou sur la colonne vertébrale entre les deux épaules; jamais sur les côtés de la poitrine, où il rendrait douloureux les mouvemens des côtes, et par suite ajouterait à la gêne de la respiration. Il est important d'ailleurs de ne s'en servir que vers le déclin de la maladie, lorsque toute espèce de réaction a été calmée par les émissions sanguines ; de surveiller avec soin les effets qu'il produit, et de le remplacer par les antiphlogistiques lorsque les symptômes locaux s'exaspèrent,

ou que des phénomènes sympathiques se développent de nouveau. Les vésicatoires sur la poitrine sont nuisibles toutes les fois que la bronchite est compliquée de gastro-entérite ; car, en diminuant l'inflammation des bronches, ils exaspèrent celle du canal digestif. Parmi les nombreuses observations qui viennent à l'appui de ce fait, je n'en connais pas de plus remarquables que celles que nous ont fournies deux militaires traités au Val-de-Grâce pendant le mois d'octobre 1825. Ils portaient l'un et l'autre une gastro-bronchite que M. *Broussais* avait combattue et détruite en grande partie par les antiphlogistiques. Quelques jours après leur entrée, il restait encore un peu de toux, d'expectoration et de dyspnée, avec râle muqueux chez l'un, sonore et sibilant chez l'autre. Un large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine de chaque malade, et l'amélioration fut sensible dès le deuxième jour vers la poitrine; mais la rougeur et la sécheresse de la langue, la soif, la douleur à l'épigastre et l'accélération du pouls, annoncèrent la réaction fâcheuse qui avait eu lieu vers les organes digestifs, et qu'il fallut combattre par les saignées locales et les boissons émollientes. Toutes choses égales d'ailleurs, le vésicatoire sur la poitrine convient mieux chez les sujets lymphatiques, les vieillards, ou les hommes athlétiques et peu sensibles.

Lorsque la bronchite est compliquée de phlegmasie vers un autre organe, il faut attaquer en même temps les deux inflammations par des saignées locales; ainsi, lors de gastro-bronchite, les sangsues seront appliquées sur la poitrine et sur l'abdomen; la diète sera plus sévère et plus prolongée; les boissons émollientes remplaceront les looks, les potions huileuses, les infusions ou décoctions aromatiques sudorifiques, les purgatifs, les vomitifs, et tous les autres révulsifs internes, qui ne feraient qu'irriter la muqueuse gastro-intestinale. La bronchite paraît-elle avec une série de phénomènes qui fassent craindre la suffocation, le passage à la pneumonie ou la formation de fausses membranes, il faut écraser l'inflammation par d'abondantes émissions sanguines, tant locales que générales. La jeunesse de l'enfant, la faiblesse de sa constitution, un tempérament

lymphatique ou la vieillesse, ne contr'indiquent pas l'application des sangsues au début ; leur nombre doit seulement être proportionné à l'âge et aux forces du malade ; au reste, il ne faut pas négliger l'emploi des topiques émolliens, des pédiluves, des manuluves irritans, et de quelques grains d'ipécacuanha, pour favoriser l'expulsion de la fausse membrane lorsqu'elle est formée.

Les indications sont les mêmes dans la bronchite convulsive que dans la bronchite ordinaire. Quelques saignées locales ou générales, faites dès le début de la maladie, diminuent la fréquence et la durée des quintes, qu'elles font quelquefois disparaître complètement. J'ai été témoin, il y a plusieurs mois, du soulagement immédiat qu'a produit une saignée générale chez une jeune fille de dix-sept ans, affectée de coqueluche depuis huit jours. On continua le traitement par l'administration d'un demi-grain de poudre de belladone matin et soir, et la guérison était parfaite au quinzième jour. Un médecin de la capitale a guéri par la saignée du bras deux de ses enfans affectés de coqueluche bien caractérisée. Toutefois, les émissions sanguines seront peu abondantes, et l'on assurera leur succès par les narcotiques, dont l'efficacité est incontestable. Ceux que l'on préfère sont l'extrait de laitue, la poudre de jusquiame, de belladone, que l'on fait prendre matin et soir, à la dose d'un huitième de grain, chez les enfans très-jeunes, et d'un quart ou demi-grain chez ceux de dix à douze ans. Le médecin surveillera avec beaucoup d'attention l'effet de ces derniers médicamens, et suspendra leur usage aussitôt que la dilatation de la pupille ou quelque autre accident nerveux feront craindre le narcotisme. Les frictions huileuses sur toute l'étendue de la poitrine ont été préconisées, dans ces derniers temps, contre la coqueluche, de même que dans la bronchite chronique ordinaire. M. *Laennec* les regarde comme très-utiles, et les a vues réussir un grand nombre de fois, entre autres chez deux personnes adultes qu'il traita l'année dernière de bronchite convulsive. Les émétiques sont beaucoup moins employés aujourd'hui qu'ils ne l'étaient autrefois. Tous les auteurs, en effet, se sont assurés qu'ils n'étaient vraiment efficaces que dans

les premiers temps de la coqueluche : or, à cette époque, il est beaucoup d'autres moyens curatifs qui, sans partager leurs inconvéniens, manquent rarement de réussir, et que l'on doit par conséquent préférer : les révulsifs externes locaux et généraux sont de ce nombre. Cependant quelques grains d'ipécacuanha peuvent être utiles lorsque l'estomac est rempli de mucosités bronchiques que l'enfant a avalées; mais il faut toujours employer ce médicament, comme tous les autres émétiques, avec précaution ; car la muqueuse gastrique, souvent irritée dans la coqueluche, peut devenir, sous leur influence, le siége d'une violente inflammation.

Bronchite chronique. La bronchite chronique est une des maladies les plus rebelles. Sa guérison est souvent incertaine, et presque toujours impossible, lorsque quelques-unes des lésions organiques indiquées précédemment se sont développées. Si l'on voit que les symptômes conservent encore une certaine intensité, que la toux soit sèche et sonore, avec chaleur dans la poitrine et paroxysmes le soir, que tout annonce enfin une inflammation subaiguë, il faut commencer le traitement par quelques applications de sangsues et des boissons adoucissantes à l'intérieur. M. *Broussais* a guéri, par les cataplasmes émolliens sur la poitrine, une bronchite chronique qui, pendant trente-sept jours, avait résisté à plusieurs vésicatoires placés en différens endroits. « Le soulagement, dit-il, fut si prompt dans ce cas, qu'il surpassa mon attente, et depuis j'ai toujours employé ce moyen avec succès; je le préfère même au vésicatoire chez les sujets sanguins et nerveux. » Le médecin ne doit pas trop insister sur la diète et les saignées locales, qui pourraient débiliter le malade inutilement. Toutefois, ces dernières, répétées à des intervalles plus ou moins rapprochés, peuvent être fort avantageuses, si l'on a soin de conserver les forces par un régime féculent et gélatineux. Aux tisanes mucilagineuses on mêlera une eau chargée de principes toniques et aromatiques; par exemple, une décoction de lichen d'Islande, de quinquina, une infusion d'hyssope, de lierre terrestre. Les toniques

sont principalement indiqués chez les sujets faibles et lymphatiques. Les amers et les excitans diffusibles seront proscrits, parce qu'ils produisent trop de réaction, et manquent rarement d'exaspérer l'inflammation des bronches. Lorsque celle-ci a été calmée par les antiphlogistiques, on fait prendre, pour calmer la toux, quelques looks ou juleps anodins, le sirop diacode, le sirop de morphine, et deux ou trois grains d'extrait de laitue. M. *Magendie* conseille, en pareil cas, une très-petite dose d'acide prussique dans une potion. Si la dyspnée persiste et fatigue le malade, il faut diminuer par les narcotiques le besoin de respirer. On donne, matin et soir, un demi-grain de poudre de belladone, et l'on augmente peu à peu la dose ; mais il est important que les parties de la plante que l'on doit employer aient été préservées du contact de l'air et de la lumière, et ne soient pulvérisées qu'au moment où l'on veut s'en servir; car, après vingt-quatre ou trente-six heures, la poudre a déjà perdu une grande partie de ses propriétés ; les feuilles sèches de jusquiame, de belladone, de datura stramonium, employées en guise de tabac à fumer, manquent rarement de calmer l'oppression.

Les alcalis, le savon médicinal, les eaux minérales sulfureuses, le kermès, l'oxymel scillitique, etc., décorés du titre d'*incisifs*, d'*expectorans*, ont reçu les plus grands éloges dans le traitement de la bronchite chronique. C'est principalement au savon et aux sels à base alcaline que l'école chimico-médicale de *Sylvius* donna la préférence. Mais aujourd'hui les propriétés de ces médicamens paraissent réduites à leur juste valeur ; on ne voit plus en eux d'action directe spéciale sur le mucus bronchique; on pense, au contraire, qu'ils n'agissent, comme la plupart des excitans, parmi lesquels ils sont placés, qu'en stimulant sympathiquement la muqueuse pulmonaire ; leur usage doit donc être borné au cas où la dyspnée est le résultat de mucosités très-abondantes, que le malade ne peut expectorer facilement, et encore ne doit-on les employer que comme palliatifs, pour parer aux accidens de l'oppression : en effet, ce n'est pas guérir le malade que de le faire expectorer ; il faut détruire, par les antiphlogistiques ou les

révulsifs, l'inflammation qui entretient cette sécrétion surabondante. L'acétate de plomb et autres astringens sont très-rarement utiles et souvent nuisibles ; on les voit échouer lorsque les toniques et les révulsifs sont impuissans. Quant aux substances balsamiques, telles que le baume du Pérou, de Tolu, etc., elles ne réussissent qu'en déterminant sur la muqueuse intestinale une inflammation qu'il n'est pas toujours facile de modérer. De tous les moyens employés contre la bronchite chronique, les révulsifs sont ceux dont le succès est le plus certain. Mais parmi ces médicamens, il en est qui sont appliqués sur la peau, ne déterminent presque jamais d'accidens, et doivent toujours être préférés ; d'autres, au contraire, agissent sur la muqueuse intestinale, et peuvent produire des effets fâcheux, s'ils ne sont pas administrés avec prudence. Les toniques, tels que le quinquina et les préparations ferrugineuses, sont souvent les plus efficaces et toujours les moins dangereux, si on a soin d'atténuer leur action par quelque substance mucilagineuse. Le punch, le rhum, et autres liquides spiritueux, ont quelquefois produit du soulagement. On trouve dans le journal de MM. *Corvisart*, *Leroux* et *Boyer*, deux observations de catarrhes muqueux guéris par le rhum coupé avec moitié de sirop ordinaire, et administré le soir par cuillerées ; cependant je crois qu'il est trop difficile de mesurer l'action de ces agens thérapeutiques pour qu'on puisse s'en servir avec sécurité. Ne serait-il pas à désirer, comme le dit *Baumes*, que l'on bannît entièrement l'usage des spiritueux à l'intérieur?

Les purgatifs sont beaucoup moins employés que les émétiques, dont ils partagent les inconvéniens sans en avoir les avantages. Toutefois ces derniers n'agissent encore que comme révulsifs, soit qu'administrés à forte dose ils déterminent une violente congestion sur la muqueuse gastrique, soit qu'à des doses plus faibles ils produisent, au milieu des secousses du vomissement, une diaphorèse abondante, activent les fonctions de la peau, et diminuent par conséquent, celles de la muqueuse bronchique. Parmi ces médicamens, on trouve le tartre stibié, l'ipécacuanha, le kermès, le soufre doré d'antimoine.

Si, malgré les accidens qu'il s'expose à produire, le médecin veut les administrer, il ne faut pas que ce soit à doses nauséabondes et comme expectorans ; car la révulsion étant trop peu énergique, ils finissent par irriter l'estomac sans guérir la bronchite. Il est très-important d'ailleurs de s'assurer avant tout de l'intégrité du canal digestif, et de ne les donner qu'aux personnes lymphatiques ou à celles d'une constitution athlétique et d'une sensibilité obtuse.

La révulsion extérieure ne doit jamais être négligée lorsque l'inflammation persiste après l'emploi des antiphlogistiques. Les vésicatoires volans que l'on applique sur différens points du thorax sont, en général, préférables à ceux que l'on fait suppurer : on peut les remplacer avantageusement chez les sujets nerveux par les cautères, qui excitent beaucoup moins, et produisent souvent plus d'effet ; ceux-ci seront appliqués au bras, et mieux encore sur les parties latérales et supérieures du sternum. Il ne faut se servir du moxa ou des ventouses sèches que lorsque la susceptibilité du malade est peu vive et la fièvre modérée. Enfin des bronchites chroniques, opiniâtres, qui avaient résisté à beaucoup d'autres médicamens, ont été guéries par les frictions sur la poitrine avec la pommade d'*Autenrieth*, composée d'un quart d'émétique et de trois quarts d'axonge. Ces frictions, répétées deux ou trois fois par jour, sont plus efficaces que l'emplâtre agglutinatif saupoudré d'émétique, que préfèrent quelques médecins.

Le traitement prophylactique se compose de révulsifs généraux et de quelques soins hygiéniques. Un exutoire au bras a souvent suffi pour préserver de bronchites chroniques auxquelles certaines personnes ne pouvaient se soustraire chaque année pendant l'hiver. Les gilets de flanelle sur la peau sont plus généralement employés pour obtenir ce résultat, et doivent avoir la préférence. Les frictions sèches sur différentes parties du corps, et principalement sur la poitrine ; les bains de vapeur ou les bains liquides à vingt-six ou vingt-huit degrés (*Réaumur*) hâtent la convalescence. Le séjour à la campagne convient beaucoup mieux que l'habitation des villes ; un léger

exercice fréquemment renouvelé, les promenades à cheval, fortement conseillées par *Sydenham*, et, s'il était possible, quelques voyages dans un pays plus chaud que celui qu'on habite, assureraient la guérison, et préviendraient les récidives. Il faut éviter les variations atmosphériques, qui se font surtout sentir le soir et le matin, se préserver du froid des pieds, habiter un local élevé, exposé au midi, prendre de bonne heure les habits d'hiver, et ne les quitter que très-tard, s'abstenir durant la convalescence d'alimens stimulans, de boissons alcoholiques, et continuer pendant quelque temps le régime lacté, féculent et gélatineux; enfin se soustraire à toutes les causes qui pourraient occasionner des rechutes.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos ; et in ipsis temporibus magnæ mutationes tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

V.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

VI.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

VII.

In acutis morbis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.